

GUVERNUL ROMÂNIEI



ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ

privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr.266/2008

Luând în considerare faptul că în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2 au fost stabilite o serie de măsuri din domeniul sănătății cu aplicabilitate până la data de 31 martie 2021, prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, cu modificările și completările ulterioare,

pentru asigurarea unui acces neîntrerupt și nediscriminatoriu al asiguraților la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale necesare pentru diagnosticarea, tratarea și monitorizarea bolilor, inclusiv a celor cu impact major asupra stării de sănătate, precum și pentru justificarea cheltuielilor astfel încât să se realizeze un control al costurilor în unitățile sanitare,

ținând cont de necesitatea justificării cheltuielilor în unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pentru pacienții diagnosticați cu COVID-19, pentru care decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, pentru a asigura sustenabilitate în contextul epidemiologic actual,

având în vedere necesitatea continuării acordării consultațiilor medicale la distanță, precum și necesitatea decontării la nivelul realizat a serviciilor din cadrul programelor naționale de sănătate curative și, de asemenea, a investigațiilor paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 în timpul bolii și după boală, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice,

în scopul limitării răspândirii infecției cu noul coronavirus SARS-CoV-2 în rândul populației, determinat de evoluția situației epidemiologice la nivel național, pentru acordarea și decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, inclusiv a activităților cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate și pentru asigurarea unui control al costurilor în unitățile sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București,

se impune stabilirea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a unor măsuri prin care să se asigure tranziția spre o situație similară celei anterioare contextului pandemic.

astfel, se va asigura continuitate în acordarea și decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, inclusiv a activităților cuprinse în cadrul programelor naționale de sănătate derulate în prezent, urmărind realizarea echilibrului financiar și preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative.

având în vedere apariția noilor tulpini ale coronavirusului SARS-CoV-2 cu o contagiozitate și transmisibilitate mare și creșterea numărului de cazuri pozitive COVID-19 severe care necesită spitalizare și locuri la terapie intensivă,

în considerarea faptului că statul are obligația respectării Constituției, în calitatea sa de garant al dreptului la ocrotirea sănătății și ținând cont de faptul că trebuie să asigure măsuri pentru ocrotirea sănătății publice

ținând cont de Recomandarea Comisiei Europene C(2020) 8037 final din 18.11.2020 privind utilizarea testelor antigenice rapide pentru diagnosticarea infecției cu SARS-CoV-2 către statele membre de utilizare a testelor antigenice rapide pentru diagnosticarea infecției cu coronavirusul SARS-CoV-2 pentru a consolida capacitatea generală de testare a statelor, testarea fiind un pilon esențial în controlul și atenuarea actualei pandemii de COVID-19,

luând în considerare nevoia de asigurare a testării cu teste antigenice rapide pentru diagnosticarea infecției cu coronavirusul SARS-CoV-2 de către personal specializat în strictă conformitate cu instrucțiunile producătorului și sub rezerva controlului calității,

ținând cont de faptul că în prezent, potrivit prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se prevede faptul că asigurații, care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic, pot plăti o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tarifele serviciilor medicale acordate de furnizorii privați și tarifele suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

întrucât serviciile medicale pentru care asigurații plătesc contribuție personală, modalitatea și condițiile acordării acestora, precum și procedura de stabilire a nivelului contribuției personale urmează a fi aprobate prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului,

având în vedere faptul că în anul 2020, determinat de situația epidemiologică existentă la nivel național și pentru a asigura continuitate în acordarea asistenței medicale pe întreg teritoriul României, prevederile Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019 au fost prelungite succesiv prin acte normative până la data de 31 martie 2021, iar acestea nu cuprind reglementări cu privire la serviciile medicale pentru care asigurații plătesc o contribuție personală la furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, pentru spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic,

ținând cont de faptul că în prezent se află în curs de elaborare Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, care urmează să fie supus Guvernului spre aprobare, potrivit legii,

se impune stabilirea unui termen fezabil și oportun de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală, care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale, în condițiile în care aceștia optează ca serviciile să fie acordate de furnizori privați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București.

luând în considerare rolul și responsabilitatea consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al consiliilor de administrație ale caselor de asigurări, în calitate de organe de conducere în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

ținând cont de starea de fapt obiectivă determinată de atribuțiile suplimentare care i-au revenit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în perioada stării de alertă, în calitate de principală

instituție finanțatoare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, în ceea ce privește gestionarea, implementarea și controlul ducerii la îndeplinire a prevederilor Legii nr. 136/2020 privind instituirea unor măsuri în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic și biologic, republicată, cu modificările și completările ulterioare, a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 43/2020 pentru aprobarea unor măsuri de sprijin decontate din fonduri europene, ca urmare a răspândirii coronavirusului COVID-19, pe perioada stării de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 82/2020, cu modificările și completările ulterioare, precum și a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea și plata personalului implicat în procesul de vaccinare împotriva COVID-19 și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

întrucât principalul rol al consiliului de administrație, ca organ de conducere al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, este de a elabora și a realiza strategia în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, iar în actualul context epidemiologic Casa Națională de Asigurări de Sănătate are și obligația de a aduce la îndeplinire măsurile specifice prevăzute în Strategia de vaccinare împotriva COVID-19 în România, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1.031/2020, cu modificările și completările ulterioare,

pentru continuarea activităților specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și pentru asigurarea managementului la nivel decizional, se impune intervenția legislativă de urgență prin care să se asigure eficientizarea actului managerial, raportat la activitatea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

în situația în care aceste măsuri nu sunt implementate s-ar aduce atingere procesului decizional la nivelul organului colectiv de conducere al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate care are ca scop realizarea în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate a obiectivelor sistemului de asigurări sociale de sănătate, în concordanță cu misiunea și cu scopul instituției.

având în vedere că toate aceste aspecte vizează interesul public și pot constitui o vulnerabilitate a modului de acțiune a structurilor implicate, constituind situații de urgență, extraordinare, ce nu pot fi amânate fără riscul unor blocaje ori disfuncționalități instituționale,

luând în considerare că este necesară adoptarea în regim de urgență a unui act normativ de nivel primar care să asigure temeiul juridic pentru punerea în practică a măsurilor propuse.

în considerarea faptului că statul este garant al dreptului la ocrotirea sănătății publice și trebuie să ia măsuri pentru asigurarea acestui drept,

întrucât măsurile care se impun a fi luate nu suportă amânare, consecințele negative ale lipsei intervenției legislative în regim de urgență constând în îngreunarea activității instituțiilor care au ca principal obiectiv protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident,

luând în considerare că prin neadoptarea măsurilor propuse prin prezentul act normativ se poate ajunge la afectarea în mod grav a sănătății asiguraților, în perioada imediat următoare, prin neasigurarea necesarului de servicii medicale, medicamente și a accesului la dispozitivele medicale adecvate,

ținând cont de faptul că neluarea acestor măsuri urgente, cu caracter excepțional, ar aduce grave prejudicii cu efecte pe termen lung asupra sănătății populației,

întrucât aceste elemente vizează un interes public și constituie o situație extraordinară, a cărei reglementare nu poate fi amânată și impune adoptarea de măsuri imediate pe calea ordonanței de urgență, pentru reglementarea măsurilor necesare pentru garantarea siguranței personale a unor categorii de persoane afectate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2.

În temeiul art. 115 alin. (4) din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta ordonanță de urgență.

ART. 1 - Serviciile medicale și medicamentele pentru tratarea cazurilor COVID-19 și a complicațiilor acestora se acordă tuturor persoanelor aflate pe teritoriul României și se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond.

ART. 2 - Prin derogare de la prevederile art. 337 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, consultațiile medicale la distanță acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, se acordă și se validează fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a documentelor înlocuitoare ale acestuia, prevăzute la art. 223 alin.(1) - (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 3 - Casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești.

ART. 4 - (1) Pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, decontarea lunară se face fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital;

d) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2, pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19.

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 și pentru care decontarea se face potrivit alin. (1) lit. d), valoarea totală a creditelor de angajament în baza cărora se încheie în trimestrul II al anului 2021 acte adiționale de suplimentare pentru acoperirea cheltuielilor efectiv realizate care depășesc nivelul contractat nu poate fi mai mare decât valoarea totală a cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021.

(3) Pentru unitățile sanitare cu paturi care au început să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID -19, în cursul unui trimestru și care nu au încheiat în fiecare lună a respectivului trimestru acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în trimestrul următor decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, pe baza de documente justificative, prin încheiere de acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(4) Începând cu semestrul II al anului 2021, pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, decontarea lunară se face fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială, cu aplicarea corespunzătoare a prevederilor alin. (1) lit. a) – c).

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (3), precum și în cazul creșterii numărului de cazuri COVID – 19 , care necesită internarea în unitățile sanitare care tratează pacienți diagnosticați cu COVID – 19, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local și/sau național, după caz,

poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial, cu aplicarea corespunzătoare a prevederilor alin. (1) lit. d).”

ART. 5 - Începând cu trimestrul II al anului 2021, serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi efectuate de unitățile sanitare cu paturi se decontează în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 6 – (1) În trimestrul II al anului 2021, pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative decontarea serviciilor se efectuează la nivelul realizat, prin acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

(2) În situația prevăzută la alin. (1), valoarea totală a creditelor de angajament în baza cărora se încheie în trimestrul II al anului 2021 acte adiționale de suplimentare pentru acoperirea serviciilor acordate peste valoarea de contract nu poate fi mai mare decât valoarea totală a cheltuielilor efectiv realizate pentru care au fost încheiate acte adiționale în trimestrul I al anului 2021.

(3) Pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative care nu au încheiat în fiecare lună a trimestrului I al anului 2021 acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, decontarea în trimestrul II al anului 2021 se efectuează la nivelul realizat dacă se depășește valoarea de contract, prin încheierea de acte adiționale de suplimentare a sumei contractate în luna următoare celei în care au fost acordate serviciile.

(4) Acte adiționale de suplimentare a valorii de contract pentru situațiile prevăzute la alin. (2) și (3), pentru acoperirea serviciilor acordate în trimestrul II al anului 2021, peste valoarea de contract, se vor încheia în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(5) Începând cu semestrul II al anului 2021, pentru unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate curative, decontarea lunară se face în limita valorii de contract.

(6) Decontarea serviciilor de dializă și regularizarea trimestrială a acestora, precum și a serviciilor de radioterapie, începând cu semestrul II al anului 2021, se efectuează la nivelul realizat, prin încheierea de acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

ART. 7 - (1) În trimestrul II al anului 2021, serviciile medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se decontează la nivelul activităților efectiv realizate, dar nu mai mult de 6 consultații/oră/medic.

(2) Începând cu semestrul II al anului 2021, serviciile medicale acordate în unitățile sanitare din asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic se decontează în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 8 – (1) În trimestrul II al anului 2021, consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, prevăzute în pachetele de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare.

(2) Începând cu semestrul II al anului 2021, consultațiile medicale acordate în asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate clinic, inclusiv pentru unele servicii conexe necesare actului medical, prevăzute în pachetele de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, utilizând orice mijloace de comunicare, în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a

Guvernului și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 9 - În trimestrul II al anului 2021, pentru pacienții cronici, medicii de familie pot prescrie inclusiv medicamentele restricționate din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 10 - Începând cu trimestrul II al anului 2021, serviciile acordate de unitățile specializate, care furnizează consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, se decontează în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 11 - Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare și pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice au evidențe distincte, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București se pot suplimenta după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale.

ART. 12 - Începând cu trimestrul II al anului 2021, serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu și serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu acordate de furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București se decontează în condițiile stabilite prin Contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor la art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 13 – (1) În trimestrul II al anului 2021, pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale care desfășoară activitate, contractele cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București se încheie pentru activitatea desfășurată conform reglementărilor legale în vigoare, iar decontarea lunară se face la nivelul indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă se acoperă cheltuielile efectiv realizate sau, după caz, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate, fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.

(2) Începând cu semestrul II al anului 2021, pentru sanatoriile/secțiile sanatoriale din spitale care desfășoară activitate, încheierea contractelor prevăzute la alin.(1), precum și decontarea lunară se realizează potrivit prevederilor Contractului-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului și prin normele metodologice de aplicare a acestuia, potrivit prevederilor la art. 229 alin. (2) și (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 14 – Prevederile art. 1 –13 din prezenta ordonanță de urgență intră în vigoare la data de 1 aprilie 2021, cu excepția prevederilor de la art. 4 alin. (3) și (5), care intră în vigoare la data

publicării prezentei ordonanțe de urgență în Monitorul Oficial al României, Partea I și sunt aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă, declarată potrivit legii.

ART. 15 - Începând cu data de 01 aprilie 2021, se abrogă prevederile art. 25¹ alin. (3) și (4) și art. 25² alin. (2²) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr. 1/2011, precum și a altor acte normative, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 394 din 14 mai 2020, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 179/2020, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 16 - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 193, după alineatul (2¹) se introduce un nou alineat, alin. (2²), cu următorul cuprins:

” (2²) Spitalele publice din rețeaua Ministerului Afacerilor Interne, beneficiare ale unor proiecte finanțate din fonduri externe rambursabile/nerambursabile, pot primi sume de la bugetul de stat, prin transferuri din bugetul Ministerului Afacerilor Interne, pentru finanțarea proiectelor potrivit contractelor de finanțare sau acordurilor de parteneriat.”

2. La articolul 230, alineatul (2⁵) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2⁵) Prevederile alin. (2¹) - (2³) se aplică începând cu data de 1 iulie 2021.

3. La articolul 286, alineatul (1), partea introductivă și litera a) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(1) Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se constituie din 9 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează:

a) 6 reprezentanți ai statului, dintre care 2 sunt numiți de Președintele României, iar 4 sunt numiți de primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății;”

4. La articolul 288, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 6 membri.”

5. La articolul 337, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alin. (4), cu următorul cuprins:

”(4) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale nu sunt aplicabile serviciilor medicale de consultații și diagnostic furnizate la distanță, acordate potrivit dispozițiilor art. 237 alin. (4).”

6. La articolul 346⁶, după alineatul (7) se introduce un nou alineat, alin. (7¹), cu următorul cuprins:

”(7¹) Condițiile tehnice de securitate și condițiile de acces la datele aferente DES al pacientului din cadrul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății și al conducătorilor ministerelor și instituțiilor din sistemul național de apărare, ordine publică și siguranță națională, respectiv Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Justiției, Serviciul Român de Informații, Serviciul de Informații Externe, Serviciul de Telecomunicații Speciale și Serviciul de Protecție și Pază, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

7. La articolul 386, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(6) Proiectul de hotărâre a Guvernului prevăzut la alin. (5) se elaborează cu consultarea Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Stomatologi din România și Colegiului Farmaciștilor din România, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2022.”

8. La articolul 568, alineatul (1), după litera j), se introduce o nouă literă, lit.k), cu următorul cuprins:

”k) măsurarea unor parametri biologici, efectuarea de teste în scop de diagnostic și administrarea de vaccinuri, în condițiile stabilite prin ordin al ministrului sănătății;”

ART. 17 - La articolul 2, alineatul (1) din Legea farmaciei nr.266/2008, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 85 din 2 februarie 2015, cu modificările și completările ulterioare, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

”g) măsurarea unor parametri biologici, efectuarea de teste în scop de diagnostic și administrarea de vaccinuri, în condițiile stabilite prin ordin al ministrului sănătății.”

ART. 18 – (1) Până la constituirea consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în condițiile prevăzute la art.286 alin.(1) lit.a) din Legea nr.95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, își va desfășura activitatea consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aflat în exercițiu la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență.

(2) Mandatele membrilor consiliului de administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aflate în curs de derulare la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei ordonanțe de urgență rămân valabile până la expirarea acestora.

PRIM-MINISTRU

Florin-Vasile CÎȚU